N° 1 DEUXIÈME ANNÉE JANVIER 1892.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 décembre 1892 (Suite).

Présidence de M. Gellé.

Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales. Deux observations.

Par Henri Chatellier.

Mme de X..., 55 ans, se présente avec une tumeur occupant la région latérale droite du nez. La saillie à l'extérieur est nettement visible, soulève la peau de l'aile du nez et déborde en dehors vers l'os de la pommette ; elle paraît régulièrement arrondie. Le toucher permet de circonscrire sa masse qui est régulière, non adhérente à la peau, non douloureuse. La peau a conservé sa coloration normale. La tumeur se prolonge dans la cavité nasale où on la voit en relevant l'extrémité du nez, faisant saillie sur la face interne de l'aile, comblant le vestibule et se prolongeant jusqu'à l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Saisie entre deux doigts, l'un dans la cavité nasale, l'autre sur la peau, on peut constater qu'elle a le volume d'une amande, qu'elle est régulière à sa surface, d'une consistance ferme et un peu rénitente, analogue à celle que donnerait une poche fortement remplie de liquide. Les téguments du vestibule et du cornet inférieur ne paraissent nullement altérés, ni dans leur

couleur ni dans leur consistance. La masse n'est pas adhérente à l'os, sur lequel on peut facilement la déplacer.

Cette tumeur n'a donné lieu à aucun symtôme de réaction, ni douleur, ni fièvre.

La malade ne peut assigner une date fixe au début de son affection et sans la saillie que la tumeur forme à l'extérieur et son accroissement de volume, assez sensible depuis une quinzaine de jours, elle ne se serait pas préoccupée de cet état.

La forme arrondie, l'indépendance avec le squelette, la consistance rénitente et le siège me font penser à un kyste développé aux dépens d'une des glandes de la muqueuse nasale. Pour confirmer le diagnostic nous proposons à la malade une ponction exploratrice, qui est acceptée.

Opération le 16 janvier 1888.

Après avoir nettoyé de notre mieux la région au moyen de tampons d'ouate imbibés de liqueur de Van Swieten et fait l'anesthésie à la cocaïne, nous pratiquons la ponction par la face interne de la tumeur, c'est-à-dire par la cavité nasale, au moyen d'une seringue de Pravaz stérilisée, dont l'aiguille a été préalablement plombée.

L'aspiration donne deux centimètres cubes d'un liquide visqueux de coloration légèrement brunâtre, qui est recueillie avec soin pour être examiné au point de vue histologique et bactériologique.

Tout le liquide ayant été évacué nous retirons l'aiguille, et lavons la surface avec un tampon imbibé. La tumeur a complètement disparu.

Le lendemain soir la malade nous prie de passer chez elle. Nous la trouvons avec un érysipèle commençant au niveau du sillon naso-labial droit ; peu de fièvre. (Cet érysipèle à duré 4 jours, sans grande réaction, après avoir envahi seulement une partie de la joue correspondante. Il a donc été très bénin.)

Quand l'érysipèle fut guéri on pouvait constater que la tumeur, qui s'était complètement affaissée après la ponction, commençait à se reformer.

Au bout de 15 jours elle avait repris son volume primitif et la malade demandait à être opérée de nouveau. Nous laissons s'écouler un mois avant de pratiquer une nouvelle intervention.

Deuxième intervention. Après anesthésie à la cocaïne et nettoyage antiseptique rigoureux, nous pratiquons avec le galvano-cautère, aussi peu chauffé que possible, une incision sur la surface convexe que la tumeur forme dans la cavité nasale. A une profondeur de deux milimètres, nous tombons dans la cavité du kyste, et il s'écoule un liquide muco-purulent jaunâtre. Le galvano-cautère est promené sur toute la partie qui s'est rétractée à mesure que le liquide s'est écoulé.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain et les jours suivants pas d'accidents. La plaie se cicatrise rapidement, et trois semaines après il ne reste aucune trace de l'opération si ce n'est une légère dépression des téguments un peu en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

La tumeur ne se reproduit pas.

J'ai eu l'occasion de revoir la malade pendant l'Exposition, c'est-à-dire un an et demie après ; la guérison s'est maintenue.

L'examen du liquide extrait par la ponction a donné les résultats suivants :

Au point de vue histologique, il est constitué par une partie liquide, gluante, renfermant une grande quantité de mucosine et par de nombreux globules de pus.

Au point de vue bactériologique, la coloration sur lamelles permet de voir de nombreuses chaînettes de streptocoques.

Les cultures sur gélatine peptone donnent des colonies du même micro-organisme.

Mme X..., 32 ans, vient nous consulter au sujet d'une petite tuméfaction qui s'est développée entre le nez et la joue du côté droit. Elle ne ressent aucune douleur, mais l'accroissement de volume ne laisse pas que de l'inquiéter.

La tumeur repousse la peau sous la forme d'une saillie ovoïde lisse, grosse comme une amande. La peau glisse à sa surface et

n'est modifiée ni dans son aspect, ni dans son épaisseur. A l'intérieur de la cavité nasale elle forme une saillie qui déprime la peau du vestibule et efface la concavité de celui-ci.

La masse est légèrement mobile, ce qui exclut l'idée d'une production tenant à l'os maxillaire ; sa consistance est ferme, mais non celle d'un corps solide.

Diagnostic : kyste d'origine glandulaire.

Après avoir fait l'antisepsie de la région au moyen de la liqueur de Van Swieten, nous pratiquons la ponction avec une aiguille de Pravaz qui vient d'être flambée. L'aspiration avec la seringue ramène un centimètre cube et demi d'un liquide franchement muco-purulent, filant, louche et de couleur un peu jaunâtre.

Nous injectons avec la seringue et l'aiguille laissée en place un centimètre cube de liqueur de Van Swieten, puis nous aspirons ce liquide. A plusieurs reprises le même lavage est répété et continué jusqu'à ce que le liquide retiré soit propre.

L'aiguille est ensuite enlevée et un tampon de gaze à l'iodol appliqué de manière à remplir tout le vestibule.

Dans les jours qui suivent pas d'accident.

Le liquide ne se reproduit pas dans la cavité kystique.

M. Martin. — J'ai vu un cas semblable, le kyste fermait la narine gauche ; une simple ponction a produit la guérison ; il n'y a pas eu de récidive.

M. Cartaz. — Ces kystes sont fort rares, et cependant, depuis quelque temps, il en a été publié un certain nombre ; ce qu'il y aurait d'intéressant à connaître, ce serait la pathogénie, ce sont le plus souvent des tuméfactions du cornet moyen, mais lorsque le kyste siège en un autre point, on ne comprend pas trop son mode de développement.

M. Chatellier. — Les uns ont toujours pour mécanisme l'obstruction d'un canal glandulaire; pour les autres, la question ne semble pas encore résolue.

M. Ruault. — On rencontre souvent des tumeurs ayant seulement l'apparence de kystes.

M. Loewenberg. — La communication de M. Chatellier est fort intéressante, ce qu'il y a de bizarre, c'est qu'une poche, contenant des streptocoques et du pus, n'ait amené aucune réaction.

M. Potiquet. — Je pense que la dilatation ampullaire du cornet osseux moyen, à laquelle il a été fait allusion, ne résulte point d'un processus pathologique. Il y a plutôt une anomalie de développement, un fait de réversion qu'explique l'anatomie comparée. Mais, comme toutes les anomalies de développement du reste, celle-ci appellerait assez volontiers sur l'organe qu'elle atteint des altérations morbides : la muqueuse qui revêt l'extrémité antérieure dilatée du cornet moyen, plus exposée par ce fait aux influences nocives, s'enflammerait plus aisément, et là, seulement, serait l'état pathologique.

M. Gouguenheim. — Puisqu'on ne sait pas à quelle époque ce kyste remontait, on peut se demander la différence qui existe entre un kyste et un abcès.

M. Chatellier. — Il y avait beaucoup de mucosine ; le liquide était brunâtre et non jaunâtre comme du pus.

M. Gouguenheim. — Les hématomes, au bout d'un certain temps, ne contiennent pas toujours du sang; c'est pourquoi il est regrettable de ne pouvoir savoir si, dans le cas actuel, il n'y a pas eu de traumatisme.

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée, et en particulier de sa forme circonscrite dite « angine de Tornwaldt. »

Par le Docteur Albert Ruault

Médecin de la Clinique laryngologique des Sourds-Muets.

L'apparition du mémoire de Tornwaldt (de Dantzig) en 1885, sur le « catarrhe de la bourse pharyngée », a été, comme on sait, l'occasion d'une assez longue série de travaux anatomiques et cliniques sur le même sujet. Il me suffira de rappeler que les résultats de ces recherches, tout en paraissant infirmer l'opinion de Tornwaldt sur le siège anatomique de l'affection qu'il a décrite, confirment en partie ses observations cliniques en établissant l'existence d'une variété de catarrhe naso-pharyngien circonscrit présentant un certain nombre de caractères propres, rebelle aux moyens de traitement anciennement utilisés, et qui peut céder à une intervention localisée appliquée méthodiquement.

Cependant, tous les praticiens qui ont l'occasion d'observer de temps à autre l'angine de Tornwaldt sont à même de constater qu'en pareil cas les résultats de la thérapeutique locale la plus attentive sont très variables suivant les sujets. On est donc en droit de se demander si les cas rebelles ne doivent pas leur ténacité à quelque particularité anatomique encore inconnue, rendant le siège du mal plus difficilement abordable, dans toute son étendue, aux instruments et aux agents modificateurs. Cette hypothèse est d'autant plus légitime, que jusqu'ici le contrôle de l'autopsie a toujours manqué aux observations cliniques ; les recherches anatomiques poursuivies à ce propos par les divers auteurs ayant été faites sur des sujets quelconques dans les amphitéâtres de dissection. Je dois dire cependant que le point spécial d'anatomie pathologique, dont l'observation sur un certain nombre de malades m'a conduit aux procédés opératoires que j'exposerai tout à l'heure, est déjà connu. On le trouve signalé dans un intéressant travail où M. Potiquet a

exposé ses recherches sur l'anatomie de l'amygdale pharyngée. Notre collègue rapporte qu'il a disséqué un sujet sur lequel la soudure des bandelettes limitant le sillon médian de la tonsille pharyngienne, sur une certaine étendue de leurs bords, avait amené la formation d'une poche ou cul de sac *s'ouvrant en avant*. Or cette disposition, que les recherches d'amphithéâtre doivent faire considérer comme exceptionnelle, me semble au contraire être assez fréquente chez les malades présentant les signes de l'angine de Tornwaldt.

Mais pour la constater sur le vivant, il est indispensable de prendre des précautions particulières. Le stylet naso-pharyngien ordinaire ne permet pas d'y arriver, car si en pareil cas on porte son extrémité, sous le contrôle du mirioir, dans l'orifice vulvaire du sillon médian visible à la rhinoscopie postérieure, cette extrémité, dirigée en haut, n'y pénètre pas et laisse croire à un simple récessus sans profondeur. Si au contraire on recourbe en U l'extrémité de la portion naso-pharyngienne du stylet, de façon à lui donner la forme d'un crochet à petite branche regardant en bas et un peu en avant, sur une longueur de 5 à 6 milimètres, il devient possible, en suivant, sous le contrôle de la vue, la direction de l'instrument qu'on guide d'avant en arrière sur la voûte dans le plan médian, d'aborder l'orifice d'avant en arrière et de haut en bas, et d'y faire pénétrer aisément dans toute sa longueur la petite branche recourbée. On se rend compte alors, en exerçant une traction sur le stylet, que celui-ci est solidement accroché sur un repli solide ; et l'on est souvent étonné de la résistance opposée par la muqueuse, et de l'effort que peut nécessiter la déchirure, ou pour mieux dire la discission de la paroi antérieure de la cavité où l'instrument est engagé. Pour en donner une idée, il me suffira de dire que les stylets ordinaires en maillechort, ne permettent pas d'y arriver avec certitude, parce que non seulement leur grande courbure s'allonge, mais que leur extrémité même se redresse en partie, et s'échappe souvent sans que les tissus aient cédé. Il est nécessaire d'employer un instrument plus

rigide, en fer ou en acier, où la petite branche du crochet et sa concavité sont un peu compactes et non tout à fait mousses. Il suffit alors d'appuyer le crochet d'une main ferme et de le porter vivement en avant et en bas (par rapport au malade) pour que la secousse amène la rupture de la paroi antérieure du cul de sac, dans toute sa hauteur, sans que le patient éprouve une douleur qui ne soit aisément supportable. Je m'explique malaisément la résistance très marquée que j'ai rencontrée si souvent à ce niveau de la muqueuse pharyngienne ; alors que d'ordinaire le tissu de l'amygdale rétro-nasale en régression conserve ailleurs une friabilité relative. Je suis donc obligé de faire quelques réserves sur le siège exact de la poche où pénètre la courte branche du stylet, et je ne me hasarderais pas à affirmer que cette cavité soit bien toujours intra-amygdalienne, comme dans le cas dont M. Potiquet a donné la description anatomique.

Quoi qu'il en soit, la discission ainsi pratiquée, suivie d'un curetage de la poche, de l'abrasion de ses bords libres avec une curette tranchante analogue aux curettes utérines de Sims ou laryngiennes de Heryng, puis de cautérisations localisées avec une solution iodo-iodurée ou phéniquée forte, m'a donné des résultats thérapeutiques excellents et très rapides, dans des cas où jusque là je n'avais pu obtenir que des améliorations passagères. La dicission doit-être pratiquée de la même façon, avec un crochet convenable, dans le cas où il existe un cul de sac à ouverture postéro-inférieure. Au bout d'une semaine environ, la région antérieurement malade présente l'apparence d'une large gouttière médiane, où la muqueuse, rose et humide, n'est plus recouverte de muco-pus ou d'une croûte comme auparavant. Lorsque le catarrhe a des sièges multiples, la discission du recessus median ne suffit pas ; il faut de plus que l'opérateur s'astreigne à rompre à l'aide de stylets naso-pharyngiens rigides, à extrémités présentant des formes et des courbures appropriées, les tractus et les brides des régions latérales et autres de la tonsille pharyngée, et les parois des

diverses anfractuosités qu'elle peut présenter. Une fois ce résultat obtenu, il devient facile, à l'aide de la curette tranchante sus-mentionnée, de détacher les débris n'adhérant plus que partiellement aux tissus sous-jacents ; on n'éprouve aucune difficulté à appliquer sur les points malades, sans qu'aucun d'eux y échappe, les topiques appropriés, et les formes les plus rebelles de l'affection subissent, avec une grande rapidité, des modifications tout à fait favorables.

On pouvait d'ailleurs s'attendre, avant toute expérience, à voir la discission appliquée au traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée, donner de bons résultats. Si, grâce à elle, le catarrhe lacunaire des tonsilles palatines guérit promptement et aisément, bien qu'à l'état normal ces organes soient creusés de cryptes profondes, à *fortiori* le catarrhe de l'amygdale rétro-nasale, localisé dans des cryptes, des anfractuosités, des culs de-sac résultant d'adhérences pathologiques entre des surfaces qui, à l'état normal, limitent des sillons largement ouverts, doit-il bénéficier d'une intervention qui tend à rendre aux parties la forme qu'elles présentaient avant d'être malades ; et à détruire les clapiers dont les parois sont manifestement le point de départ des sécretions muco-purulentes ou concrètes caractéristiques de l'affection. Pratiqué seul et sans discission préalable, le curetage manque souvent son but ; et celui-ci est encore à mon sens plus difficile à atteindre avec le galvanocautère et les caustiques chimiques. Après la discission, au contraire, les moyens complémentaires agissent sûrement et rapidement. Je n'entends parler ici, bien entendu, que des cas où l'amygdale pharyngée en régression ne fait plus saillie : dans le cas contraire, il est clair que l'ablation des tumeurs est la première indication à remplir. Mais, en dehors de ces conditions et lorsqu'il n'y a pas ou qu'il n'y a plus de tumeurs, je ne saurais, en dépit de la compétence indiscutée de l'auteur qui l'a émise, souscrire à l'opinion de M. Chatellier, qui recommande l'ablation radicale des parties malades avec la pince coupante. « Ces anfractuosités et ces brides, écrit-il, sont d'un

« rouge ordinairement vif ; elles sont le siège d'une inflamma-
« tion chronique impossible à guérir si on ne les détruit au
« moyen d'un coup de pince qui cure, pour ainsi dire, la surface
« pharyngienne. » Si j'en crois mon expérience, la chose n'est pas aussi simple ; dans l'immense majorité des cas il faudra, si l'on veut tout détruire, que le premier coup de pince soit suivi de plusieurs autres ; encore ne pourra-t-on pas éviter, avec quelque certitude, d'enlever trop peu dans certains points et trop au contraire dans d'autres ; et enfin on s'exposera à des hémorrhagies post-opératoires, immédiates ou secondaires, dont il n'est jamais possible de prévoir l'imminence ou la gravité.

Je ne veux pas donner à cette note une plus grande étendue en y ajoutant des observations à l'appui. D'ailleurs si je suis actuellement en mesure de relater des guérisons rapides, je ne puis encore affirmer qu'elles soient définitives, faute d'une expérience assez longue ; et mon but, en publiant ces quelques pages, est surtout d'engager mes collègues à contrôler par eux-mêmes les assertions qui y sont émises. J'insisterai, en terminant, sur la nécessité de ne pratiquer la discission de l'amygdale pharyngée, et même, autant que possible, le curetage et les pansements consécutifs, que sous le contrôle du miroir, et lorsque le malade sera capable de supporter le releveur palatin, d'abaisser lui-même sa langue, etc. Si l'on se contentait d'agir à l'aveugle ou en ne se guidant que sur des points de repère de fidélité douteuse, on ne serait nullement autorisé à attribuer l'insuffisance des résultats obtenus à l'inefficacité de la méthode sur laquelle la présente note a pour objet d'appeler l'attention.

Séance du 8 janvier 1892.

PRÉSIDENCE DE M. CARTAZ.

Lecture du procès-verbal par M. Marage, secrétaire annuel. Le procès-verbal est adopté.

Note sur le traitement de la pharyngite de la voûte ou angine de Tornwaldt.

par le Docteur LUBET-BARBON.

A propos de la communication de M. Ruault, je ferai remarquer qu'il est très difficile de pratiquer la discision de l'amygdale pharyngée et, en cela, je suis d'accord avec ses propres paroles, et voici, selon moi, pourquoi cette discision est difficile; j'ajouterai qu'il n'est pas très utile de la pratiquer.

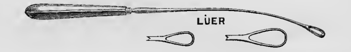
La maladie dont il s'agit se caractérise symptomatiquement par l'écoulement d'une sécrétion muco-purulente provenant de la voûte pharyngée et anatomiquement par les lésions de l'amygdale pharyngée.

Si l'on regarde la voûte dans ces cas, on voit que l'hypersécrétion se fait en des points bien déterminés par des fentes antero-postérieures, plus souvent médianes (recessus medius), quelquefois latérales (recessus lateralis) mais que l'amygdale n'est le plus souvent pas développée et qu'il n'existe pour ainsi dire que des vestiges de végétations adenoïdes; la lésion est toute intra-muqueuse, et si on introduit dans ces recessus un stylet coudé, on voit qu'ils présentent une profondeur très considérable quelquefois un centim. et demi à deux centim.; c'est de la muqueuse qui tapisse ces culs-de-sac que proviennent les sécrétions; ce n'est donc pas, à mon sens, à une lésion parenchymateuse de l'amygdale que l'on a à faire, mais simplement à une lésion superficielle et de muqueuse. Disciser,

e'est chercher le tissus malade autour de la eavité, e'est tenter de déehirer un tissus induré, retraeté et comme fibreux ; aussi arrive-t-on plus faeilement à détaeher toute la muqueuse à l'aide du eroehet, qu'à faire effraction au travers d'elle.

Ce qui seerète si abondamment, c'est la muqueuse, qui est épaissie, analogue à eelle d'un uterus malade ; iei comme là, e'est par le eurettage que l'on arrivera à enlever les portions malades ; e'est à çe procédé que j'ai reeours.

Je me suis longtemps servi de la eurette eoudée imaginée par Kafeman ; je préfère aujourd'hui employer un instrument dont l'idée m'a été fournie par la eurette des gyneeologues ; il



se eompose d'un anneau allongé, dont un des bords est mousse, l'autre eoupant ; la tige, et eeei est le point important, est faite d'aeier à trempe molle ; si bien qu'elle peut être eoudée à volonté et plus ou moins suivant la profondeur ou l'étendue de la bourse à euretter ; eela dit, voiei eomment je procède :

Le releveur du voile étant plaeé, et me guidant dans le miroir, j'introduis la eurette dans le reeessus, le bord tranchant tourné en arrière, et, par des mouvements d'avant en arrière, je gratte toute la eavité dans toute sa profondeur ; ee raelage fait tomber des lambeaux de muqueuse hypertrophiée, d'une épaisseur de un à deux eentimètres, molle et blanehâtre ; ees lambeaux tombent avec le sang sur le miroir plaeé au-dessous d'eux, ce qui foree à interrompre un instant l'opération. On étanche avec des pinees montées de eoton hydrophile le sang qui s'éeoule dans le pharynx et quand la eavité est tout-à-fait étanehe, je porte dans son intérieur un porte-eaustique eoudé muni d'une perle de nitrate d'argent fondu.

L'opération est en général bien supportée ; il s'en suit une réaetion inflammatoire qui dure pendant trois ou quatre jours ;

les sécrétions plus abondantes entraînent avec elles les parties de muqueuse cautérisées, et un second curettage est rarement nécessaire ; il suffit simplement de faire une quinzaine de jours après une nouvelle application de nitrate d'argent.

Pour calmer l'inflammation consécutive, j'emploie avec succès le badigeonnage avec une solution d'huile mentholée au 20me.

M. Ruault. — J'ai trouvé des matières caséeuses dans cette poche. — Il y a des malades qui sont guéris immédiatement, tandis que d'autres présentent des récidives : cette question n'est donc pas encore complètement élucidée.

M. Gellé. — J'ai présenté il y a deux ans une pièce anatomique absolument caractéristique.

Observation d'un pseudo-kyste sanguin retro-tympanique de l'oreille gauche.

Par le docteur E. Ménière.

En mars 1891, une dame vint réclamer mes soins pour un violent bourdonnement de l'oreille gauche, remontant à six mois, environ.

Voici l'observation, avec l'historique des antécédents, qui a une certaine importance.

Observation. — « Mme X..., 36 ans, constitution scrofuleuse, « d'après certains indices, faciles à apprécier. Elle a eu en « 1888 une otite moyenne aiguë qui, rapidement, est devenue « chronique. La malade a demandé des soins, pendant plusieurs « mois, a un otologiste distingué de la grande ville de province « qu'elle habite.

« Au mois d'octobre 1890, l'écoulement parut tari, et le « médecin lui assura que la cicatrisation du tympan était « complète. Le mois suivant, Mme X..., commença à ressentir « dans l'oreille gauche un bruit qui alla en augmentant. C'était

« un bourdonnement sourd, qu'elle remarqua battre à l'unisson
« du pouls.

« Elle retourna voir l'otologiste qui l'avait soignée antérieu-
« rement, et celui-ci, après nouvel examen, déclara qu'il
« n'existait rien d'anormal, à la vue.

« Pendant tout l'hiver, il cathétérisa la trompe trois fois par
« semaine, traitement qui ne fut suivi d'aucun résultat, pas
« plus du reste que l'emploi des moyens généraux, bromure de
« potassium, etc..

« C'est alors que la malade vint à Paris.

« L'examen fait par moi, le premier jour, me laissa voir un
« tympan un peu épaissi et grisâtre. Un seul point attira mon
« attention. Dans le segment postéro-inférieur, la membrane
« paraissait plus épaisse au niveau de ce point que dans le
« reste de son étendue.

« J'avoue très-franchement qu'à ce moment-là, je n'attachai
« pas assez d'importance à cette particularité.

« Le cathéterisme indiquait une trompe libre, et l'auscul-
« tation de la caisse, ne présentait rien d'anormal. Pas le
« moindre sifflement à travers le tympan. La parole à voix
« haute était entendue entre quatre et cinq mètres.

« La malade était fort affectée par ce bruit perpétuel, qui
« était beaucoup plus accentué la nuit, quand elle était couchée,
« ce qui, disait-elle, l'empêchait souvent de dormir. J'envisageai
« la question sous toutes ses faces, sans parvenir à me former
« une opinion sérieuse appuyée sur des certitudes.

« Après quelques jours d'essais divers, je réexaminai avec
« plus de soin la membrane tympanique. Mon œil était attiré
« vers le quadrant postéro-inférieur, où se voyait l'épaississe-
« ment plus marqué, formant comme une tache ombrée.

« Je touchai ce point avec un stylet fin, et j'eus une sensation
« de dureté. La malade accusait une sensibilité plus obtuse que
« sur les autres parties du tympan.

« J'arrêtai mes investigations, et il me vint à l'idée de verser

« dans l'oreille six gouttes d'un mélange de glycérine et de
« coaltar à 30 pour 5, après quoi je fermai le conduit.

« Le lendemain, après avoir nettoyé l'oreille, je touchai de
« nouveau le point dont j'ai parlé plus haut. Il me parut d'un
« gris plus terne et un peu saillant.

« Je pris alors un petit crochet mousse, et je cherchai à me
« rendre compte de ce qui existait. Tout en effectuant ces
« manœuvres avec beaucoup de douceur, je crus m'apercevoir
« que la partie touchée était légérement mobile, en haut. Je
« fis une traction lente et continue et j'arrivai à faire basculer
« vers moi, de haut en bas, une petite masse dure et aplatie,
« plus adhérente à sa base.

« Il s'écoula deux à trois gouttes d'un sang rouge noir assez
« épais. A ce moment, la malade poussa un léger cri et dit :
« *Mon bruit à disparu.* Je saisis alors cette espèce d'opercule,
« avec des pinces, et je l'enlevai doucement. Il avait un peu
« plus de trois millimètres de hauteur sur deux de largeur et
« plus d'un millimètre d'épaisseur, au centre.

« Après une abondante injection antiseptique, dont pas une
« goutte ne parut passer dans la caisse, je pratiquai le cathé-
« terisme avec insufflations d'air, répétées plusieurs fois. Je
« ne perçus aucun siflement.

« J'examinai alors la plaie tympanique; le stylet buttait sur
« un tissu de consistance granuleuse, saignant légérement.

« Je soumis Mme X. à un traitement local très-minutieux.
« Tous les cinq ou six jours, je touchais ces espèces de fongo-
« sités avec la solution saturée de chlorure de zinc, puis avec
« la glycérine phéniquée.

« Enfin après dix-huit jours de cette médication, en faisant
« une insufflation par la trompe, comme j'avais l'habitude de
« la pratiquer journellement, je sentis l'air passer à travers le
« tympan.

« Au mois de juillet le suintement de la caisse était à peine
« visible. La perforation tympanique persistait, ce qui me parut

« heureux pour la malade. L'audition était bonne ; voix ordi-
« naire entendue à plus de dix mètres. »

— Telle est l'observation à propos de laquelle je demande à faire quelques réflexions.

Le cas n'est pas très facile à élucider. Je crois que, sous l'influence de l'emploi constant des poudres médicamenteuses, la perforation de la membrane a été bouchée presque complètement.

Il a dû se faire un épanchement sanguin par suintement provenant des vaisseaux tympaniques. Cet épanchement a formé un caillot qui s'est organisé, et pour ainsi dire, enkysté. La prolifération épidermique de la région a amené la formation de cet opercule que j'ai détaché après l'avoir ramolli.

Si je me sers de la désignation pseudo-kyste sanguin, c'est que je n'en vois pas d'autre plus juste.

Ce qui est étrange dans ce fait, c'est la durée de ces battements pulsatiles, isochrones au pouls, causés par une extravasation sanguine retro-tympanique, qui ne donne lieu, pendant plus de sept mois, à aucuns symptômes inflammatoires, du côté de la caisse.

J'apporte simplement, à l'appui de mon opinion, la preuve de la cause du battement, puisqu'il a cessé dès que cette espèce de poche a été ouverte.

Je ferai remarquer en terminant, que pendant dix-huit jours, le passage de l'air de dedans en dehors n'était pas perceptible, et qu'il ne l'a été que lorsque les parois de ce pseudo-kyste ont été détruites.

D'autres opinions sont peut-être admissibles, mais il serait trop long de les discuter ici.

Quoiqu'il en soit, cette observation m'a paru présenter un réel intérêt.

M. Loewenberg. — Pourquoi appeler cette affection pseudo-kyste ?

M. Ménière. — Je ne prétends pas que ma dénomination soit

exacte; j'en cherche une meilleure, et je serais heureux que l'on puisse m'en fournir une.

M. Gellé. — Je pense que l'on pourrait expliquer les phénomènes de la façon suivante : Il y a eu une perforation, puis un groupe de végétations s'est formé et, sous l'influence d'une poussée, l'une de ces végétations est devenue le siège d'une hémorragie enkystée.

De la fréquence de l'empyème latent BILATÉRAL de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrhée nasale.

Par le Docteur L. Lichtwitz (de Bordeaux).

Presque tous les auteurs qui se sont occupé de l'empyème de l'antre d'Highmore disent que l'affection double de cette cavité est rare et, en examinant les nombreuses observations publiées, on en trouve, en effet, peu de cas.

Il n'y a que Ziem, Kaufmann et nous même, sur le vivant, et Gradenigo, sur le cadavre, qui ont rapporté des exemples plus nombreux de cette affection.

Ainsi, dans la première publication de Ziem sur ce sujet, parue en 1886[1], on trouve sur les vingt-cinq observations rapportées de blennorrhée nasale, huit cas d'empyème bilatérale de l'antre.

Dans le travail de Kaufmann[2] sur les trente-six observations d'empyène qu'il communique, nous avons pu recueillir treize cas d'empyème bilatéral.

Gradenigo[3], qui a examiné les sinus de cent trois cadavres, a trouvé dix-neuf cas d'empyème du sinus maxillaire, dont six étaient des cas doubles.

Nous-même, dans notre travail sur le diagnostic de l'empyème

1. *Ziem* (Monatsschrift f. Ohrenheilk, nos 2, 3, 4, 1886).
2. *Kaufmann* (Monatsschr. f. Ohrenheilk, nos 1, 8, 1890).
3. *Gradenigo* (Annales des maladies de l'oreille, no 8, 1891).

latent de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur[4], nous avions constaté, sur quatorze malades, quatre cas d'empyème double dont nous avions rapporté le cas le plus saillant[5] et depuis lors, nous avons pu observer huit autres cas. Les douze cas doubles, nous les avons recueillis sur quarante observations d'abcès de sinus maxillaire, ce qui donne à peu près la proportion de un cas double sur trois cas d'empyème.

Si nous nous demandons pourquoi la plupart des auteurs n'ont constaté l'empyème double peu ou pas du tout, et d'autres en nombre relativement fréquent, nous en trouvons l'explication dans l'obscurité des symptômes de cette affection et dans le défaut d'examen méthodique du sinus maxillaire. Cet examen méthodique consiste à faire un lavage explorateur de l'antre dans chaque cas de blénnorrhée nasale tant soit peu suspect.

Dans les cas d'empyème unilatéral, où l'unilatéralité des symptômes éveille fortement le soupçon, le lavage explorateur ne sert souvent que pour donner la dernière confirmation du diagnostic, afin d'éviter une large ouverture inutile de l'antre et aussi pour démontrer au malade la nécessité d'une intervention. Dans l'empyème des deux antres, au contraire, où la bilatéralité des symptômes fera plutôt penser à une affection générale de la muqueuse nasale ou retronasale qu'a un foyer localisé de suppuration, la recherche directe du pus est le seul moyen de diagnostic[6].

En effet, Ziem, Kaufmann et nous-même, nous devons nos

4. *Lichtwitz* (Bulletin méd., n° 86, 26 oct. 1890).

5. Les autres cas se trouvent dans la monographie de *Jeanty* (De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. Etude accompagnée de vingt-deux observations recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz. Bordeaux, 1891).

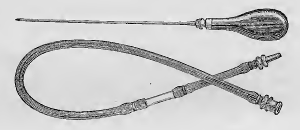
6. Si certains auteurs, tels que Walb (Bonn, 1888, page 9) et Lennox Browne, dans la discussion qui suivait la communication de Dundas Grant sur notre procédé de lavage (Journ. of. Laryng., p. 487, 1891), disent qu'ils ont toujours trouvé du pus dans l'antre quand ils en avaient soupçonné l'existence; il ne s'en suit pas qu'ils n'aient pas laissé échapper d'autres cas dans lesquels il y avait du pus sans qu'ils l'aient soupçonné. C'est qu'ils n'ont probablement opéré que les malades chez lesquels le diagnostic, d'après les connaissances actuelles, était à peu près sûr.

cas d'empyème double de l'antre à une exploration méthodique de eette cavité que chacun de nous fait par une voie différente.

Ziem, qui, le premier, a préconisé le lavage explorateur méthodique, grâee auquel il a pu démontrer la fréquence de l'empyème de l'antre dépourvu de symptômes classiques, le pratique à travers un orifice artificiel au rebord alvéolaire.

Kaufmann fait le lavage en introduisant une eanule dans l'orifice naturel ou accessoire selon la méthode que Hartmann emploie pour le traitement de l'abcès de l'antre.

Quant à nous, nous faisons le lavage explorateur après ponction de la paroi nasale de l'antre au niveau du méal inférieur à l'aide d'un mince trocart droit[7] (voir la figure), selon le



procédé que nous avons décrit dans notre premier travail sur ce sujet.

Ce procédé n'est en somme que l'opération en miniature que font au même niveau Mikuliez avec son perforateur lanciforme, Krause avec son gros trocart et Tornwaldt avec son trépan pour ouvrir largement le sinus afin de traiter l'empyème par eette voie.

Nous avons, dans le travail cité plus haut, déjà indiqué les raisons pour lesquelles nous préférons la ponetion exploratrice au niveau du méat inférieur à eelle faite sur le rebord alvéolaire et au lavage pratiqué par l'orifice naturel ou aecessoire ou plutôt par un orifiee artificiel qu'on crée au niveau de l'infundibulum.

7. On peut trouver ce trocart chez R. Mattieu, 113, boulevard Saint-Germain, Paris, qui l'a construit selon nos indications.

Dundas Grant[8] qui, dernièrement, devant la British laryngological and rhinological Association a parlé de notre méthode d'exploration, dit : « Presque toujours le diagnostic de l'empyème est un peu incertain jusqu'à ce qu'une ponction exploratrice ait été faite ; c'est un point que m'accorderont, je pense, tous les observateurs de bonne foi, » et après avoir décrit les détails du procédé, il ajoute que, par cette manœuvre bien simple, nous pouvons donner au patient avant de le renvoyer de notre cabinet de consultation, une preuve convaincante bien faite pour l'encourager à subir l'opération classique de Cooper. L'auteur se rappelle un certain nombre de cas observés par lui où l'adoption de lavage explorateur eût été extrêmement utile.

Aujourd'hui, en nous basant sur une expérience plus étendue, car nous avons déjà fait 111 ponctions, nous pouvons recommander encore plus chaudement ce mode d'investigation qui nous a rendu de grands services, surtout dans la recherche de l'empyème double.

Voici le résultat de nos ponctions :

43 fois le lavage donnait un résultat positif;

68 fois le liquide antiseptique injecté sortait clair.

Les 43 ponctions positive concernent 31 malades dont 12 atteints d'empyème double. [9]

Parmi les cas qui ont servi de base à la statistique de notre premier travail, il nous est arrivé quatre fois de ne pas pouvoir percer la paroi nasale de l'antre; depuis lors, cet inconvénient ne s'est plus présenté qu'une seule fois chez une malade qui a dû avoir un antre rudimentaire, car la ponction sur le rebord alvéolaire avait été également impossible, bien que nous eussions enfoncé la petite mèche de notre drille à une profondeur de deux centimètres environ.

8. *Dundas Grant :* On Lichtwitz's method of exploratory puncture and irrigation of the antrum through the inferior meatus (British laryngolical and rhinglogical. Assoc. 27 nov. 1891 in Journ. of Laryng, N° 12, déc. 1891.)

9. Chez 9 autres malades, le diagnostic a pu être fait par un lavage à travers une fistule alvéolaire (4 fois) ou après l'extraction d'une dent cariée dont une racine communiquait avec l'antre (4 fois) ou par une ponction capillaire pratiquée dans l'alvéole d'une dent (1 fois).

Chez deux autres malades, une femme de vingt-sept ans et un homme de soixante ans, nous avons dû nous abstenir de terminer la ponction. La femme a été prise d'une crise convulsive, probablement par l'attouchement d'une zone spasmogène, et l'homme s'est trouvé mal.

Autrefois nous faisions précéder la ponction de lavages forcés poussés dans les fosses nasales pour faire sortir le pus qui pouvait s'y trouver ; mais depuis que nous avons pu nous convaincre que ces injections pouvaient aussi faire sortir le pus de l'antre et troubler ainsi le résultat du lavage explorateur, nous ne faisions à l'aide d'une sonde armée de coton qu'un nettoyage, portant sur le trajet que doit suivre l'eau en sortant de l'orifice naturel.

La ponction est peu douloureuse dans la grande majorité des cas ; souvent nous la pratiquions sans anesthésie locale. Nous n'avons pas observé d'hémorrhagie notable.

Les malades que nous avons revus après la ponction disaient tous n'avoir ressenti aucune sorte de douleur ou de malaise.

A priori, l'innocurité de la ponction était à prévoir, car la muqueuse de l'antre est, par son orifice naturel, continuellement en communication avec les fosses nasales, et par conséquent avec tous les microbes qui y résident, et à moins de négliger les lois les plus élémentaires de l'asepsie, il serait difficile d'admettre qu'une ponction capillaire puisse avoir des suites fâcheuses quelconques.

Chose curieuse : plusieurs malades chez lesquels nous avions ponctionné et lavé le sinus maxillaire sans y trouver du pus, accusaient une amélioration sensible et durable de l'hypersécrétion et de l'enchiffrenement pour lesquels nous avions cru devoir explorer cette cavité.

Chez une autre malade à laquelle nous avions extrait autrefois de nombreux polypes et qui revint nous voir de crainte d'en avoir de nouveau, parce que depuis quinze jours elle ressentait un chatouillement dans le nez, éternuait sans cesse et voyait s'écouler continuellement du liquide clair, de la narine gauche

surtout; la ponction de l'antre gauche fit cesser immédiatement chatouillement, écoulement et éternuement.

Bride [10] cite également deux cas dans lesquels la ponction exploratrice, bien qu'elle eût donné un résultat négatif, avait été suivie d'une disparition des symptomes éprouvés par les malades.

De nos douze observations d'empyème double nous rapporterons seulement deux dans lesquels on a fait l'examen bactériologique du pus.

Observation I (résumée). — Mme P., 50 ans. La malade se plaint de moucher abondamment surtout du côté gauche depuis environ sept ans. Depuis la même époque, enchiffrenement et odeur de « fraichin » dans le nez. Traitée pendant quatre ans par un confrère qui a arraché quelques petits polypes et fait des cautérisations nombreuses.

La deuxième prémolaire supérieure droite et gauche et la première grosse molaire manquent.

L'éclairage par transparence montre le côté gauche de la joue éclairé tandis que le côté droit reste obscur. La ponction exploratrice au niveau du méat inférieur fait sortir des deux côtés du pus fétide.

M. Sabrazes, interne des hopitaux, trouve dans le pus de l'antre gauche des streptocoques pyogènes en très grand nombre et presqu'à l'exclusion de tout autre microbe.

Le pus du côté droit, au contraire, contenait des chaînettes de streptocoques moins nombreux et des microbes divers.

Les antres sont ouverts, en octobre 1891, d'après la méthode de Cooper et lavés tous les jours à l'eau boriquée.

Les symptômes objectifs disparaissent et, au bout de deux mois, les antres ne sécrètent que très peu.

Observation II (résumée). — Mme Ch, 56 ans. Depuis au moins dix ans, la malade mouche abondamment, surtout par la narine gauche. Cacosmie.

10. Bride (Deutsche med. Woch. No 6, 5 févr. 1891).

Les trois grosses molaires droites et la deuxième prémolaire gauche manquent. Fluxion de poitrine du côté gauche en 1889.

Traitée ailleurs par la douche de Wéber pendant des années. Aucune lésion nasale, ni mucosité au niveau du méat moyen. Les deux côtés de la face très transparents à l'éclairage de Heryng. Le lavage explorateur fait sortir du pus fétide des deux côtés.

Le pus des deux antres contient une grande quantité de diplocoques lancéolés, qui offrent des caractères objectifs du pneumocoque de Talamon-Fraenkel.

Le 12 décembre, large ouverture, d'après Cooper, de l'antre droit; trois jours après de l'antre gauche. Injection boriquée et application de crayons au tannin 7 0/0. Fin décembre, la malade ne mouche plus; à l'injection des antres il en sort encore quelques flocons de pus.

La connaissance de l'empyème bilatéral jettera peut-être une nouvelle lumière sur l'étiologie de cette affection. Au moins pour l'empyème double on sera plus porté à admettre une origine nasale qu'une origine dentaire, car bien que la même cause puisse coëxister des deux côtes, cette coincidence s'expliquera plus aisément par le même processus morbide de la muqueuse nasale qui s'est propagé des deux côtés dans le sinus maxiliaire.

Luc (11) a essayé, il y a quelques mois, d'élucider la question étiologique par la fétidité et par l'examen bactériologique du pus, et il est arrivé à la conclusion que, dans l'empyème de l'antre d'origine dentaire, on trouve du pus fétide qui contient des espèces microbiennes variées, tandis que dans les cas d'empyème d'autre origine il existe du pus non fétide contenant des streptocoques à l'exclusion de tout autre microbe,

Nous ne croyons pas que la fétidité du pus puisse constituer

(11) *Luc :* Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'erysipèle (Arch. intern. de laryng., rhinol. et d'otologie mars-avril 1891, p. 73-80.

un critérium pour trancher la question étiologique de l'empyème de l'antre.

La fétidité nous semble dépendre aussi du séjour plus ou moins long du pus dans l'antre.

Chez le même malade et le même antre, nous avons pu observer, à différentes époques, tantôt de la sécrétion muco-purulente non fétide et tantôt des grumeaux de pus fétide, selon que la sortie du pus s'effectuait plus ou moins facilement par l'orifice naturel.

Il suffisait souvent d'enlever quelques petits polypes au niveau de l'hiatus semilunaris pour que le pus perdît sa fétidité. Les résultats de l'examen bactériologique faits par M. Sabrazès dans le laboratoire de M. le professeur Pitres ne semblent pas confirmer non plus la manière de voir de Luc.

En effet, le pus de l'antre gauche, de notre premier cas, ainsi que le pus d'un cas d'empyème unilatéral, bien qu'il fût fétide, contenait des cultures pures de streptocoques, et le pus fétide qui provenait des deux antres de notre seconde malade renfermait des pneumocoques en grandes quantités.

Il faudra, à notre avis, des recherches plus nombreuses pour pouvoir se prononcer, mais, quoi qu'il en soit du rôle étiologique que jouent les bacteries, elles ont une importance au point de vue des complications. Ainsi la présence du streptocoque que Luc a signalée, le premier, dans l'antre et celle du pneumocoque qui existait chez notre deuxième malade, font comprendre les complications fréquentes de l'empyème de l'antre, à savoir, les cas d'érysipèle de la face, d'abcès de la paupière, de périton-sillite que Ziem a rapportés et les complications pulmonaires, dont nous avons communiqué un exemple (loc. cit.)

Nous croyons que, dans l'observation de Luc, l'érysipèle de la face était plutôt la conséquence que la cause de l'empyème à streptocoques.

Le pronostic des empyèmes doubles nous semble plus grave que celui de l'empyème simple; en effet, deux seulement de nos douze malades ont guéri; sept malades, bien que très amé-

liorés, sont encore en traitement, dont un depuis seize, un autre depuis vingt mois; une malade ne s'est pas encore décidée à se faire opérer; une autre a été perdue de vue; un troisième est mort d'une affection cardiaque.

Quant au traitement, nous ne faisons plus que l'ouverture par la méthode de Cooper qui permet aux malades de se soigner eux-mêmes. Depuis deux mois nous employons avec succès des crayons médicamenteux (a l'iodoforme, au tannin, etc.). Leur usage est plus commode que celui des insufflations de poudres ou des injections de liquides antiseptiques ou astringents concentrés, car ils peuvent être introduits par les malades eux-mêmes, ce qui n'est pas à dédaigner dans une affection souvent très rebelle.

Grâce au lavage explorateur, par n'importe quelle méthode, le diagnostic de l'empyème peut être fait d'une manière certaine dans chaque cas tant soit peu suspect.

Quand on aura trouvé des méthodes inoffensives et sûres pour explorer et pour ouvrir les autres cavités accessoires des fosses nasales aussi facilement que le sinus maxillaire, le galvanocautère et la douche de Weber, ces panacées dans les mains de praticiens routinés, ne joueront plus un rôle aussi grand dans la thérapeutique des affections nasales.

La blenorrhée nasale ne figurera plus alors dans les traités de rhinologie comme une entité morbide, mais elle servira seulement à désigner un symptôme commun à différentes affections nasales et surtout à l'empyème de diverses cavités accessoires du nez.

Un cas d'Arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë.

Par le Docteur Luc.

Le 30 novembre dernier, j'etais invité par mon ami le Docteur Rogron à pratiquer l'examen du larynx de M. W., homme d'une trentaine d'années, atteint, depuis une huitaine de jours, d'un état dyspnéique inquiétant que l'absence de lésions

pulmonaires et la coïncidence d'un cornage prononcé permettaient facilement de rapporter au larynx.

Voici ce qui s'était passé les jours précédents :

Le 19 novembre, le malade étant à Tours pour des affaires fut pris de fièvre et de douleurs dans les jointures des membres inférieurs, douleurs rendant la marche extrêmement pénible, presque impossible. Le lendemain, à la suite de l'ingestion de 3 grammes d'antipyrine et d'un gramme de sulfate de quinine, les articulations étaient moins douloureuses, mais déjà le malade commençait à souffrir de la gorge.

Dans la nuit du 20 au 21, fièvre intense et cauchemars, redoublement des douleurs dans les membres inférieurs, les deux poignets se prennent. Le malade rentre à Paris. Le Docteur Dargent qui voit M. W. dès son retour diagnostique, comme le médecin de Tours, une attaque d'influenza avec manifestations rhumatoïdes. Le 25 et le 26, les jointures sont moins douloureuses, mais les douleurs de la gorge s'accentuent; ces dernières sont particulièrement réveillées par les mouvements de déglutition ; elles commencent à s'accompagner de dyspnée et de cornage.

Le 28 et le 29, les symptômes laryngés augmentent d'intensité. Il y a un très léger enrouement.

Le lendemain, mandé par M. W., je pratique chez lui l'examen laryngoscopique et je constate les particularités suivantes :

Epiglotte intacte. Légère congestion des cordes vocales, gonflement énorme de la région crico-aryténoïdienne gauche, formant une tumeur arrondie de la grosseur d'une noix qui diminue notablement les dimensions du vestibule laryngien, c'est déjà là une première cause de dyspnée ; mais il est facile de constater que cette fonction est en outre entravée par l'immobilité absolue de la corde vocale et de l'aryténoïde du côté gauche.

Je porte le diagnostic *arthrite crico-aryténoïdienne gauche rhumatismale* et, après avoir pratiqué sur les parties tuméfiées une insufflation cocaïnée, je prescris à l'intérieur une dose

quotidienne de trois grammes d'antipyrine et de deux grammes d'iodure de potassium et, au devant du cou, des applications de teinture d'iode à titre de révulsif.

Le 2 décembre, les douleurs de gorge diminuent ; celle des membres demeurent stationnaires. La dyspnée persiste.

Du 3 au 10 décembre, le malade accuse une oscillation marquée entre les douleurs laryngées et celles des membres.

10 *décembre*, je revois le malade : le cornage a disparu ; je constate une très notable diminution de la tuméfaction aryténoïdienne et un retour de la mobilité de la moitié gauche du larynx. Je prescris la continuation de l'antipyrine et des frictions thérébentinées sur toute la surface du corps.

Le malade m'écrit quelques jours plus tard, qu'il n'éprouve plus à la gorge aucun smptôme anormal. Après une accalmie de huit jours, il est pris d'une nouvelle poussée de rhumatisme articulaire qui se localise cette fois dans le poignet droit. Lorsque je le revois le 6 janvier de cette année, je trouve cette articulation gonflée, douloureuse, rendant tout mouvement de la main impossible. En revanche, l'examen laryngoscopique me montre la cavité laryngée revenue à son état normal.

Il m'a semblé que l'hypothèse d'un arthrite crico-aryténoïdienne aiguë rhumatismale était la plus plausible que l'on pût admettre ici. L'apparition brusque des symptômes laryngés au milieu de manifestations rhumatismales occupant la plupart des jointures des membres et avec accompagnement d'un mouvement fébrile marqué (la température axilliaire avait atteint, plusieurs jours de suite, 39°), l'abolition momentanée des mouvements de la corde vocalegauche coïncidant avec une tuméfaction de la région de l'articulation crico-aryténoïdienne du même côté, enfin la rapide disparition des accidents laryngés me paraissent constituer autant d'arguments sérieux à l'appui de ce diagnostic.

C'est la seconde fois seulement que j'avais l'occasion de constater un pareil fait. J'en avais observé un tout à fait

analogue en 1886, à l'hôpital général de Vienne, dans le service du professeur Schrotter. Les faits de cet ordre me paraissent d'ailleurs fort rares; du moins, je n'ai pu en relever de semblables en feuilletant les revues périodiques laryngologiques de ces dernières années. [1]

M. Ruault. — Un certain nombre d'observations ont été déjà publiées sur ce sujet. Je citerai, entre autres, la thèse inaugurale d'Archambault, les travaux de Liebermann et Boris ; ce dernier a même parlé de rhumatisme pseudoblennorragique du larynx.

M. Gouguenheim. — Le cas qui vient d'être communiqué à la Société est d'une rareté extrême et, pour ma part, bien que chargé d'un grand service hospitalier, je n'ai jamais rencontré rien de pareil. En raison de la brièveté de l'historique, je me permettrai de rappeler un cas de ce genre qui a été observé par M. Desbrousses, élève de Schutzenberger à la Clinique de Strasbourg. Dans ce cas, il n'y avait pas de cornage et on observe de l'aphonie; quant à la dyspnée du malade, elle était causée par des complications viscérales (pseudopéricardite.)

Si je n'ai pas observé de cas d'arthrite crico-aryténoïdienne, j'ai vu des arthrites chroniques et surtout de la périchondrite aryténoidienne tant dans la phtisie laryngée chronique que dans la phtisie à marche aiguë. Je n'ai pas observé de cornage ni

1. Dans l'observation d'arthrite crico-aryténoïdienne aiguë, publiée par le professeur Ramon, de la Sota, y Lastra et analysée dans la revue de laryngologie (1886), p. 598, il n'est pas question de coincidence de manifestation rhumatismale dans d'autres jointures ; nous ne voyons donc pas sur quoi se fonde l'auteur pour considérer l'affection comme rhumatismale. En revanche, Libermann a communiqué, il y a quelques années, à la société médicale des hôpitaux, l'observation d'un jeune soldat qui, au cours d'une blennorrhagie, présenta des signes d'arthrite crico-aryténoïdienne. Je cite, à ce propos, l'histoire d'une malade de Schutzenberger qui succomba à des accidents cardio-pulmonaires dans le cours d'un rhumatisme articulaire généralisé après avoir présenté de l'enrouement et des douleurs laryngées, et à l'autopsie de laquelle les articulations crico-aryténoïdiennes présentaient un épanchement inflammatoire.

d'adduction des cordes; mais j'ai plutôt constaté de l'écartement des cordes et de l'aphonie, cette dernière toujours. Je ne dis pas qu'on ne puisse observer la dyspnée et le bruit de cornage, mais ce n'est pas ce que j'ai vu dans des cas qui se rapprochent de celui du docteur Luc, ni ce que j'ai lu dans les rares observations analogues à celle qui vient de vous être communiquée.

M. Luc. — Le malade présentait de la dyspnée et pas d'aphonie; la corde vocale était fixée en adduction, ce qui explique la production de la dyspnée lors du rapprochement de l'autre corde vocale.

M. Ruault. — Je ne vois pas que cela suffise pour donner de la dyspnée et du cornage; la tuméfaction sous-glottique me semble être la cause principale.

Utilité des injections de liqueur de Van Swieten dans le tissu des tumeurs d'aspect cancéreux.

par le Docteur Marage.

Au mois de septembre 1890, M. le docteur Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, faisait à l'Académie de médecine une communication sur « la curabilité des tumeurs, d'apparence cancéreuse, par les injections interstitielles de bichlorure de mercure ».

J'ai eu l'occasion de faire l'application de ce traitement quelques semaines après, dans les circonstances suivantes : Le malade, est un ancien sous-officier, qui, en 1854, se trouvant à la Martinique, a été atteint de syphilis : Il se produisit des accidents bénins mais caractéristiques :

En 1867, il lui survient un bubon à l'aine, sans blennorrhagie connomitante; le bubon est percé avec du caustique de Vienne, mais le malade reste deux mois couché; *puis il se rétablit* complètement;

En 1874 (20 ans après), il se marie ; ni sa femme ni sa fille n'ont présenté le moindre accident spécifique;

A partir de 1888 le malade constate que, s'il reste exposé à un courant d'air, il lui vient une grosseur au niveau du bord inférieur droit du maxillaire inférieur, grosseur qui disparaît facilement. — Malgré ces *fluxions répétées* (c'est son expression), sa santé était donc bonne, lorsque au mois de juin 1890, il commence à s'apercevoir d'une tumeur indolore qui se développe rapidement sous la langue, au niveau de la glande sous-maxillaire droite, dépasse le maxillaire inférieur et fait saillie en dehors;

Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf, mais excessivement dure, immobile, faisait corps avec le maxillaire inférieur; sous la langue elle présentait des bosselures nombreuses;

Inquiet il se présente à l'hôpital, où il est admis. On le soumet, pendant trois semaines, à un traitement antisyphilitique, qui n'amène aucune amélioration ; d'ailleurs il faut se rappeler que le début de l'affection avait eu lieu 36 ans auparavant.

Devant cet insuccès, devant l'aspect de la tumeur qui semblait absolument caractéristique, on lui dit qu'il est indispensable de faire l'opération, qu'il y a urgence, et que c'est excessivement sérieux; le malade accepte, il sort pour régler ses affaires, et m'est amené par son beau-frère c'était dans les premiers jours du mois d'octobre 1890, je venais de lire le traitement du docteur Poucel et je lui conseillai de l'essayer avant de se soumettre à une opération qui pourrait se faire tout aussi bien quinze jours plus tard.

Je lui fis, à quelques jours d'intervalle, et *après avoir pris toute les précautions antiseptiques,* deux injections de liqueur de Van Swieten; je me servais d'une seringue de Pravaz.

J'introduisais profondément l'aiguille de la seringue dans le tissu; mais la première fois il pénétra à peine une ou deux gouttes; à la seconde séance, un centimètre cube fut injecté; la douleur éprouvée par le malade au moment même fut très modérée; mais le lendemain il est pris de douleurs violentes accompagnées de battements; tout-à-coup, au milieu de la nuit, il sent quelque chose se rompre dans la bouche, il crache et le lendemain il m'apporte deux petits calculs; mais

la tumeur, extérieurement, n'avait pas diminué de volume, elle le faisait beaucoup souffrir; le 16 octobre une incision laisse échapper une grande quantité de pus, 7 jours après le malade est complètement guéri, il n'y avait plus trace de tumeur, ni extérieurement ni sous la langue ; depuis cette époque, 14 mois se sont passés, il n'y a eu aucune récidive.

Etant donnés les antécédents, le développement rapide de la tumeur, le malade, dont je viens de rapporter l'observation, me paraît avoir été atteint de syphilôme; le calcul salivaire a pu être postérieur à son développement ou au contraire le précéder et jouer le rôle d'épine.

L'argument en faveur du néoplasme malin, tiré de l'insuccès du traitement interne, n'a pas une valeur absolue, car les syphilises lui résistent souvent tandis qu'ils cèdent vite aux injections de sublimé.

J'ai fait part de cette observation au docteur Poucel qui est absolument du même avis et pense que l'on ne se trouvait pas en présence d'une tumeur maligne.

Mon honorable confrère ajoutait : « Ces injections me paraissent encore bonnes dans l'encéphaloïde, le squirrhe, le cancer récidivé.

« Je ne crois pas qu'elles guérissent dans ces divers cas, mais elles font souvent disparaître l'engorgement ganglionnaire, elles relèvent l'état général, diminuent très souvent les douleurs, elles semblent transformer le cancer mou en cancer ligneux, et retarder, par suite, la généralisation. Je les crois sans action sur l'épithélioma. »

M. Hermet. — Le diagnostic est souvent fort difficile. J'ai vu un cas où l'on avait fait le diagnostic d'épithélioma, et l'opération était décidée. J'adressai le malade à M. le docteur Fournier, qui ordonna le traitement spécifique ; la tumeur guérit complètement.

M. Loewenberg. — On pourrait admettre que la tumeur a été produite par la retention du liquide salivaire par un calcul.

M. Ruault. — Les tumeurs par rétention peuvent être souvent très dures; j'en ai vu de semblables dans la région parotidienne.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. Ruault. — M. Ruault présente un instrument excessivement ingénieux qui peut servir à volonté d'injecteur ou d'instillateur. Il se compose d'un tube convenablement recourbé pour pénétrer dans la région du larynx. A l'une des extrémités se trouve un corps de pompe muni d'un piston qui revient sur lui-même par l'intermédiaire d'un ressort. Une vis permet de régler le débit et de faire sortir le liquide en jet ou goutte à goutte.

Le Secrétaire-général,

Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME ANNÉE (1892)

Pages

Pages

Pages

DEUXIÈME ANNÉE

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Aigre, de Boulogne-sur-Mer.
Aubert, d'Alger.
Joal, du Mont-Dore.
Joly, de Lyon.
Lichtwitz, de Bordeaux.
Madeuf, de La Bourboule.
Noquet, de Lille.
Percepied, du Mont-Dore.
Suarez de Meudoza, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Artzrouny, de Tiflis (Caucase).
Bézold, de Munich.
Bomfim, de Lisbonne.
Burkner, de Gœttingen.
Cozzolino, de Naples.
Cresswel-Baber, de Brighton.
Gottstein, de Breslau.
Grazzi (Vittorio), de Florence.
Guye, d'Amsterdam.
Hartmann, de Berlin.
Hering, de Varsovie.
Koch, de Luxembourg.
Kurz (Edgard), de Florence.
Moos, d'Heidelberg.
Politzer, de Vienne.
Pritchard (Urban), de Londres.
Schmidt (Maurice), de Francfort.
Schœffer, de Brême.
Schnitzler, de Vienne.
Sune y Molist, de Barcelone.
Tobold, de Berlin.